

様式第 1 号（第 4 条関係）

小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付申請書									
(宛先) 紀の川市長									
年 月 日									
申請者		住所							
		氏名 ㊟							
		対象者との続柄							
		電話・FAX ()							
次により小児慢性特定疾病児童日常生活用具（以下「用具」という。）の給付を申請します。									
私は、用具の支給要件の確認と自己負担額算出のため、対象者の世帯の住民登録資料、課税資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することに同意します。									
なお、以上の内容について、下記の世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。									
対 象 者	フリガナ				男	生年	年 月 日		歳
	氏 名				女	月 日			
	住 所	紀の川市							
	証番号								
	疾病名								
世 帯 の 状 況	氏 名		続 柄	生 年 月 日		備 考 (対象者に対する介護の状況等)			
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
現在の住まいの 状況		住 宅	1 自宅 2 借家（貸主の諾否）			浴 槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便 器	1 和式 2 洋式 3 携帯用
現 在 の 介 護 の 状 況	入 浴	1 他人の介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭とも していない 4 自分でできる		排 便	1 他人の介助を必要 2 便器（携帯用）使用 3 自分でできる			移 動	1 車椅子使用 2 他人の介助を 必要（一部・全部） 3 自分でできる
希望する用具 の名称					希望する型式、 規模等				
希望する理由									
希望事業者	事業者名								
	住 所 tel								